

CA20N  
XC12  
-1991  
C35



# Standing Committee on Social Development

## Children's Mental Health Services in Ontario

1st Session, 35th Parliament  
40 Elizabeth II



STANDING COMMITTEE ON  
SOCIAL DEVELOPMENT



COMITÉ PERMANENT  
DES AFFAIRES SOCIALES

LEGISLATIVE ASSEMBLY  
ASSEMBLÉE LÉGISLATIVE

TORONTO, ONTARIO  
M7A 1A2

The Honourable David Warner, M.P.P.  
Speaker of the Legislative Assembly

Sir:

Your Standing Committee on Social Development has the honour to present its Report on Children's Mental Health Services in Ontario and commends it to the House.

A handwritten signature in cursive script that reads "Elinor Caplan".  
Elinor Caplan, M.P.P.  
Chair

Queen's Park  
March, 1991





**MEMBERSHIP**

**STANDING COMMITTEE ON  
SOCIAL DEVELOPMENT**

**ELINOR CAPLAN\***  
Chair

**JOSEPH CORDIANO**  
Vice-Chair

**CHARLES BEER**

**LYN MCLEOD**

**CHRISTEL HAECK**

**STEPHEN OWENS**

**RANDY R. HOPE**

**ANTONIO V.G. SILIPO\*\***

**GARY MALKOWSKI**

**JIM WILSON\*\*\***  
(Simcoe West)

**ANTHONY MARTIN**

**ELIZABETH WITMER**

---

**SUBSTITUTIONS:**

- \* FRANK MICLASH**
- \*\* DRUMMOND WHITE**
- \*\*\* CAM JACKSON**

**Lynn Mellor**  
Clerk of the Committee

**Alison Drummond**  
Research Officer



Digitized by the Internet Archive  
in 2022 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761114666381>

## TABLE OF CONTENTS

### Page No.

WITNESSES APPEARING BEFORE THE COMMITTEE	i
INTRODUCTION	1
Standing Order 123	1
History: Children's Mental Health Services in Ontario	1
Prevalence of Psychiatric Disorders Among Ontario Children	2
EXISTING SERVICES	3
Ministry of Community and Social Services	3
Ministry of Health	4
Ministry of Education	5
Ministry of Correctional Services	6
PROBLEMS AND ISSUES	6
Waiting Lists	6
Fragmented Services	7
Services in Rural and Northern Areas	8
Scarcity of Information	8
RECOMMENDATIONS	9
Preamble and Principles	9
Access to and coordination of services	9
Funding	10
Research, Evaluation, and Training	10
Native Issues	11
Language and Culture Issues	11
FOOTNOTES	12
APPENDIX 1	
Recommendations From Witnesses	
APPENDIX 2	
Relevant Reports	
Children First	
Investing in Children	
Better Beginnings, Better Futures	
Transitions	





## WITNESSES APPEARING BEFORE THE COMMITTEE

The Committee would like to thank the witnesses who contributed to our hearings. We have used abbreviations throughout our report to indicate witnesses' responses to our questions and the specific recommendations they made. We have included a summary of witnesses' recommendations as Appendix 1.

Abbreviation	Organization/Individual	Exhibit #
BCC	Beechgrove Children's Centre	3
Bradley	Dr. Susan Bradley, Hospital for Sick Children	9
CAPPC	Canadian Association of Psychoanalytic Psychotherapists for Children	19
CJS	Centre Jeanne Sauvé Centre	10
ECFC	Earlscourt Child and Family Centre	18
KCFS	Kinark Child and Family Services	5
Maloney	Colin Maloney, Executive Director Catholic Children's Aid Society of Metropolitan Toronto	
MCSS	Hon. Zanana Akande, Minister of Community and Social Services	1
MMHC	Mary Lou Moir, Mary McGill Community Mental Health Centre	12
Nugent	Dr. Kevin Nugent, Lakehead Regional Family Centre	7
OACAS	Ontario Association of Children's Aid Societies	?
OACMHC	Ontario Association of Children's Mental Health Centres	2
Offord	Dr. Dan Offord, McMaster University	13
OPC	Ontario Prevention Clearinghouse	8
OPSBA	Ontario Public School Boards' Association	17
OTF	Ontario Teachers' Federation	15
SGBS	South Georgian Bay Child and Youth Services	11

TCFS	Tikinagan Child and Family Services	6
WCBE	Waterloo County Board of Education	16
WORC	Western Ontario Regional Special Education Council	4

## INTRODUCTION

### **Standing Order 123**

The Committee's hearings were held under this Standing Order of the Legislative Assembly. This procedure is new to most Committees, and includes certain serious constraints, most importantly the condition that all witnesses must be heard and any report be agreed upon within twelve sitting hours. This makes it difficult to cover any issue thoroughly; in particular, the Committee greatly regretted that it was unable to hear from any parent or consumer groups, who are obviously of central importance to the system. The Committee wishes to draw the attention of readers of this report to these constraints.

### **History: Children's Mental Health Services in Ontario**

As with so many other social services in Ontario, the provision of children's mental health services developed in an ad hoc way, and this has led to a complicated and fragmented system. The major divisions of services are along lines of age and of the way the child came to the attention of the system - as victim, offender, or patient.

The earliest provision of services came with the development of Children's Aid Societies. The first of these was founded in 1891, as a private charity. Provincial legislation regulating the societies soon followed in 1893, and forced municipalities to contribute to the expenses of children's shelters. The legislation focused on the problem of neglected and abandoned children in the urban centres, not on abuse within the home. As the Children's Aid Societies covered more of the province, they received more provincial funding and became more accountable to the government; however, they remain to this day independent agencies. It has recently become clear that many of the children who receive the protection of the societies need treatment in order to recover from their experiences; a recent study suggests that as many as 60% of child welfare clients seek counselling or similar services.<sup>1</sup> Ninety-five percent of the residential patients served by one provider who spoke to the Committee had suffered some form of abuse (KCFS).

In the 1920's the Toronto Department of Health started a clinic which provided psychiatric consultation to schools. This marks the beginning of the involvement of the educational system with the mental health system, a natural involvement since education is a government service all children have access to. However, the provincial government's direct involvement in mental health services for children did not come until 1969, when the Ministry of Health took over responsibility for Children's Mental Health Centres (which had previously developed as private residential institutions)<sup>2</sup> and made a commitment to 100% funding of services provided in them.

In 1977 all children's services were consolidated in Community and Social Services, except those pertaining to physical illness and educational needs. A series of laws were passed at the same time, governing this change and otherwise updating the legal climate in which children's services were provided. They included the Children's Residential Services Act, the Children's Mental Health Services Act, and revisions to the Child Welfare Act, the Day Nurseries Act, and others. The new Children's Services Division took over responsibility for child welfare and developmentally handicapped children (previously in other divisions of the Ministry), children's mental health centres and hospitals (from Health), juvenile observation and detention homes (from the Attorney-General) and juvenile corrections (from Correctional Services).

### **Prevalence of Psychiatric Disorders Among Ontario Children**

The question of need is of central importance in providing services for children, but is at the same time very difficult to define and quantify in ways that people can agree on. The first and one of the most contentious of the relevant questions is what mental illness is. Developments in sociology and anthropology, as well as psychiatry and psychology, have led to a serious and ongoing attack on the "medical model" of mental illness. Critics argue that much or all of the behavior that is defined as "illness," thus seen to be amenable to treatment as an organic disease, is in fact a response by the individual to their personal or social situation. While this is an important issue in the field, it is not within the mandate of the Committee to consider the appropriateness of mental health services for children; its focus in these hearings is the availability of these services.



The prevalence of mental illness in the child population in Ontario was studied in detail in 1983, and followed up in 1987, in the Ontario Child Health Study. It found that:

- The prevalence of one or more disorders (neurosis, somatization, conduct disorder, or hyperactivity) among Ontario children aged 4 to 16 was 18.1%.
- Prevalence is lowest in the North, at 16.7%, and highest in the Ministry of Community and Social Services South West Region, at 19.5%.
- Prevalence was 19.6% in urban areas, and 14.9% in rural and "small urban" areas.<sup>3</sup>

These data on prevalence should be compared with Ministry figures which show that fewer than 2% of the child population received either residential or non-residential services (1.13% used residential services, 1.49% used non-residential services in 1985-86; the total cannot be calculated since there is likely some overlap).<sup>4</sup>

These figures raise the question of need, since not all children with a measurable condition need service. One presenter (WORC) estimated that only one child in every four schools had a condition that they would describe as "severe" or needing immediate access to treatment. However, in response to questions from members they stated that their estimate would be higher in urban areas or across the whole school system (since their estimate had been based on the Grade 1 to 8 population). In response to a question, OACMHC stated that some people in the community who needed services were being discouraged from trying to get them because of the long waiting lists.

## **EXISTING SERVICES**

### **Ministry of Community and Social Services**

The consolidation of responsibilities described above was taken a step further in 1985, with the proclamation of the Child and Family Services Act. This Act governs almost all aspects of the present system.

At present, the children's mental health services provided by the Ministry of Community and Social Services are structured as follows:

- Child and Family Intervention is to receive \$3 million in capital grants and \$174,287,000 in direct funding during 1990-91.
- This funds 180 facilities, serving 24,974 active cases (only 1,374 of these are residential cases, the remainder are served as outpatients). These facilities are operated by funded community agencies.
- This program provides "planned interventions," "to alleviate a range of social, emotional and/or behavioral problems experienced by children and their families." The interventions include assessment, counselling and residential services.<sup>5</sup>
- Child Treatment Services are to receive \$20,833,200 in 1990 -91 (a 20.3% increase from the 1989-90 Estimates).
- This funds 19 residential and 114 non-residential programs, serving 5,672 active cases.
- This program provides services "to a child and/or the child's family, where the child has been diagnosed by a psychiatrist as having a mental or psychiatric disorder and the services are specifically provided to alleviate the mental or psychiatric disorder, and are provided by, or under the supervision of, a psychiatrist who retains direct responsibility for the case."<sup>6</sup>
- Three Child and Adolescent Units in psychiatric hospitals are funded by Community and Social Services, at Whitby, London and St. Thomas. They are funded through the direct operating expenditures for the Children's Services Activity in the Ministry Estimates.

## **Ministry of Health**

While the Ministry of Community and Social Services has responsibility for all formal programs in children's mental health, most children (like most adults) with a psychiatric illness are thought to have the greatest contact with their family doctor.<sup>7</sup> This is suggested in the Ontario Child Health Study, which found that a negligible number of the children surveyed had used a mental health clinic in the previous six months, 18 per thousand had seen a private practitioner in the mental health field, and almost 58% (or 580 per thousand) had seen a doctor (for all causes).<sup>8</sup> The children perceived by their parents to have mental health problems were even more likely to have received care from their doctor.<sup>9</sup> However, it is the nature of such visits that they cannot be broken down into figures on volume of use or the cost of that care. As will also be clear with education discussed below, under the present system, it is not possible to calculate the resources from the Health ministry which provide mental health care to children.

However, certain programs are provided.

- There are psychiatric units for children in four public hospitals (Victoria Hospital, Children's Hospital of Western Ontario in London, Children's Hospital of Eastern Ontario in Ottawa, and Hospital for Sick Children and Sunnybrook Medical Centre in Toronto).
- The New Outlook Program in Toronto, intended to serve "transitional-age" children (aged 16 to 24) provides treatment services.
- Youth Clinical Services in Downsview is a multi-service centre for adolescent and young adult clients with severe psychiatric and psychosocial problems.
- Young Adult Psychiatric Day Program in Kitchener serves people aged 16 to 20 with affective disorders who would otherwise be hospitalized.
- The Child and Family Studies Centre at the Clarke Institute of Psychiatry has a number of programs which treat and study disturbed children and their families.
- Twenty general hospitals have outpatient child and adolescent clinics funded by the Ministry of Health.<sup>10</sup>

### **Ministry of Education**

All children come into contact in some way with the educational system; the submission from the Western Ontario Regional Special Education Council (WORC) stated that educational resources are being devoted to dealing with disturbed children who are not receiving care in the children's mental health system.

The Ontario Child Health Study suggests that children who perform poorly in school are twice as likely to have a psychiatric disorder, and includes a recommendation that diagnostic and intervention programs need to be coordinated between the two relevant ministries.<sup>11</sup> It also found that few children were in special education classes for emotional or behavioral problems (generally they were used by "intellectually slower" children).<sup>12</sup> However, this study dates from 1983 (with follow-up in 1987), and the Boards of Education only assumed responsibility for some of this population in 1985. WORC, in response to questions from Committee members, suggested that classes isolating very disturbed children were not necessarily very successful. The Council also expressed serious concerns both because schools are providing treatment, which may not be an appropriate role for them, and that this treatment may not be appropriate. This is partly the result of the fact that under current legislation they

cannot purchase services from mental health centres, even in the most severe cases. In response to questions, they said that the school system can deal with "mild to moderate" problems.

The recommendation of Children First (discussed in detail in Appendix 2) that the school be the focal point for services to children received a great deal of attention from Committee members. This was supported, as accessible and non-stigmatizing, by Mr. Colin Maloney, executive director of the Catholic Children's Aid Society of Metropolitan Toronto and chairperson of the committee that produced the report. He also noted that full implementation of the concept would allow the schools to perform their role as educators more effectively, and that educators consulted had been very willing to cooperate if the report's recommendations were implemented.

### **Ministry of Correctional Services**

Young offenders aged 16 and 17 come under the jurisdiction of the Ministry of Correctional Services; as with adult offenders, many of these individuals need mental health services. Starting in the mid-1980's, the Ministry has announced increases in services of this type provided to all offenders in the provincial system.<sup>13</sup> However, this field also suffers from a shortage of professional staff, and consequent shortage of treatment.

## **PROBLEMS AND ISSUES**

### **Waiting Lists**

The Ontario Association of Children's Mental Health Centres (OACMHC), which has 85 member centres, serves approximately 50,000 children and families each year, and has a waiting list of approximately 10,000. This waiting list is the product of an increasing demand and scarcity of resources, as well as a number of factors intrinsic to the system. These include:

- Low pay and resulting high staff turnover; this problem was elaborated in the hearings. Pay is 10% to 20%, or even more, below that of counterparts elsewhere in the public sector. (OACMHC) Turnover in one large agency is 30%, which interferes with the treatment of the child and with establishing credibility with the child's family. (KCFS, similar statement by ECFC)



- Base funding of the centres does not allow them to compete with salaries offered in other sectors, and has been increasing more slowly than the consumer price index. (KCFS)
- The client group appears to have increasingly complex problems, but funding constraints have led at least some providers to reduce the number of beds. (KCFS, ECFC)
- The murder of Krista Sepps led many agencies to establish a policy of having two staff working night shifts. (KCFS)

In the short-term, pay equity legislation and the OHIP payroll tax are also affecting the financial health of these small social services organizations (OACMHC, KCFS, ECFC). In response to questions, OACMHC stated that 33 Toronto-area centres are facing costs of \$9 million to fulfil all these obligations and to increase pay to comparable levels in the field.

### **Fragmented Services**

The variety of services, divided along the lines of ministries responsible and age of the child, and financial incentives which may impede the most appropriate use of professional resources, make it difficult for children and their families to gain access to the system. At the same time, the lack of coordination may lead to duplication of service.

This problem was addressed repeatedly by presenters; almost all endorsed the recommendation of the chairperson of the Advisory Committee on Children's Services, Colin Maloney. He argued that the system should be strongly centralized in terms of setting policy and standards, but decentralized in implementation, to respond to local needs and resources. Several witnesses also spoke favorably of the local planning systems in a number of areas (OACMHC, ECFC). Several witnesses addressed the issue of age divisions in the system, particularly Dr. Bradley.

On the question of economic incentives, Ministry of Health programs, such as the programs in hospitals discussed above, are provided at no charge. On the other hand, services provided by the Ministry of Community and Social Services programs often require a co-payment, and private counselling is privately purchased (CAPPC). This variation may make it harder to direct children to the most appropriate service, especially when the family has difficulty making co-payments.

The question of economic incentives to providers was also addressed by a number of service providers. The many small agencies have little incentive to cooperate to provide the most cost-effective service (BCC, KCFS). OACMHC noted that children who seek their services tend to have exhausted other sources of help in the community (also ECFC).

### **Services in Rural and Northern Areas**

In rural and northern areas, access to services is much more difficult. The population is much more scattered, and as all witnesses from the North noted, provision of service is made very difficult because of the shortage of professionals.

There has been an increase in services, from four mental health programs for Northern children and their families in 1978, to 14 in 1986.<sup>14</sup> There are also a number of innovative approaches being taken to providing services using few professionals. However, problems remain acute (Nugent, CJS).

### **Scarcity of Information**

A 1988 report by the Ministry of Community and Social Services, Investing in Children, raised a difficult issue which is presently being addressed in the adult mental health system, the possibility of "population targets." Investing in Children suggests that outcome studies be used to direct resources, arguing that prevention "only makes sense in dealing with problems that do not spontaneously remit as part of their natural history, or where the accumulation of risk factors is highly ominous."<sup>15</sup> The existing system does not have the information at its disposal to set these priorities and direct resources effectively. This issue was raised by several witness, most emphatically by Dr. Offord, and is addressed in the Committee's recommendations.

## RECOMMENDATIONS

### Preamble and Principles

Many of the witnesses who appeared before the Committee provide care to children who have developed serious behaviour problems and other emotional disturbances; there is general agreement that many children are not receiving care in a timely, and therefore appropriate, manner. The many interrelated factors which increase stress in families contribute to mental health problems in children. It is essential to provide the support needed to ensure that families are helped to raise healthy children. At the same time, it is recognized that waiting lists for children's mental health services are unacceptable. The goal must be comprehensive, co-ordinated, and preventive policies which address children's mental health problems. Comprehensive services leading to a reduced demand for crisis services will help everyone: providers of those services, parents, and children.

### Access to and coordination of services

We recommend that:

- *an Implementation Committee be set up and make a report, by the end of September 1991. It should be made up of representatives from relevant ministries, Native groups, service delivery groups, and consumers. Using Children First as one source, the Implementation Committee should address the central questions in this field: how should policy-making be co-ordinated at the provincial level; how should policy-making and delivery of services be co-ordinated at the local level; and how should the two levels be linked?*

Other issues which we recommend the Implementation Committee address include:

- *gather systematic information on the children on the waiting list, using the report by Craig Shields commissioned by the Ministry of Community and Social Services.*
- *developing a co-ordinated plan to meet the human resource requirements of children's mental health services, with particular emphasis on addressing deficiencies in underserved areas on a priority basis; and*
- *making better use of the individuals and institutions who already serve children (such as schools, public health nurses and family doctors) more effectively in prevention, early identification and as entry points to more specialized systems;*

## **Funding**

We recommend that:

- *the Ministry implement a plan to ensure wage parity between transfer payment agencies and government-run institutions.*
- *residential centres in the province should receive adequate funding to ensure the safety of children and staff;*
- *the upcoming provincial budget provide the necessary additional funds to enable the children's service sector to address the most urgent cases on their waiting lists;*
- *prevention programs such as the Better Beginnings, Better Futures initiatives receive enhanced funding; and*
- *funding incentives be given to encourage agencies to cooperate in the provision of local projects/programs.*

## **Research, Evaluation, and Training**

It was drawn to the Committee's attention by several witnesses that current practice in the field of children's mental health is not well-coordinated with research findings. It is also clear that more data is needed to improve co-ordination of services in the field. We therefore recommend that the Premier's Council on Health Strategy be requested to:

- *look at instituting a uniform data collection procedure with a view to determining the relative size of the populations of children with different types of problems and using this information to plan appropriate services;*
- *determine what interventions are known to do more good than harm from existing literature and practice, and how this information can be made readily available to practitioners and people providing instruction in the field; and*
- *address human service programs in this field throughout the province that both community colleges and universities could offer, in particular addressing the unique needs of the North.*
- *consult with representatives from relevant ministries, Native groups, service delivery groups, and consumers; and*
- */develop/ funding incentives to encourage agencies to cooperate in research and evaluation.*



**Native Issues**

The Committee recognizes the unique jurisdictional problems faced by many Native institutions. We recommend that:

- *a co-ordinated effort be undertaken by all relevant ministries, led by the Ministry of Community and Social Services, to address their particular needs; and*
- *the Ministry make the necessary financial commitments to develop further Native mental health services and Native mental health professionals, to provide further training for their existing staff and to address family support needs in the Native community.*

**Language and Culture Issues**

The Committee recommends that

- *the government continue initiatives to improve minority-language children's services; and*
- *the government continue initiatives to make children's services culturally sensitive.*



## FOOTNOTES

<sup>1</sup>Ontario, Ministry of Community and Social Services, Northern Directions for the Delivery of Services to Special Needs Children and Their Families (Ontario: The Ministry, 1988), p. 19.

<sup>2</sup>C. Hanly, Mental Health in Ontario, A Study for the Committee on the Healing Arts (Toronto: Queen's Printer for Ontario, 1970), p. 289.

<sup>3</sup>D.R. Offord, Ontario Child Health Study: Summary of Initial Findings (Toronto: The Queen's Printer for Ontario, 1986), p. 7.

<sup>4</sup>Ontario, Ministry of Community and Social Services, Investing in Children (Toronto: The Ministry, 1988), Table 5, Appendix G.

<sup>5</sup>Ontario, Ministry of Community and Social Services, Program and Resource Summary, 1990-91 Estimates (Toronto: The Ministry, 1990), pp. 62, 68, 69.

<sup>6</sup>*Ibid.*, pp. 73-74.

<sup>7</sup>Offord, Ontario Child Health Study, p. 12.

<sup>8</sup>*Ibid.*, pp. 9-10.

<sup>9</sup>*Ibid.*, p. 11.

<sup>10</sup>All information from Investing in Children, Appendix E.

<sup>11</sup>Ontario Child Health Study, Children at Risk (Toronto: Queen's Printer for Ontario, 1989), p. 8.

<sup>12</sup>Offord, Ontario Child Health Study, p. 10.

<sup>13</sup>See for example, Ontario, Ministry of Correctional Services, "Regional Treatment Facility for Sault Ste. Marie," News Release, 22 June 1987; and Ontario, Ministry of Correctional Services, "Psychiatric residencies and psychology internships to be funded," News Release, 31 August 1987.

<sup>14</sup>Northern Directions, p. 64.

<sup>15</sup>Investing in Children, p. 44.

<sup>16</sup>Advisory Committee on Children's Services, Children First (Toronto: Ministry of Community and Social Services, 1990), Appendix H.

<sup>17</sup>Ontario, Ministry of Community and Social Services, Better Beginnings, Better Futures (Toronto: The Ministry, 1989), pp. 110-113.

<sup>18</sup>Children at Risk, pp. 8-16.





**APPENDIX 1**  
**Recommendations From Witnesses**



## RECOMMENDATIONS FROM WITNESSES

Witnesses made a wide range of recommendations to the Committee. Some of these focussed on overall goals and principles.

- The principles governing change should be: empowerment, consultation, co-operation, and accountability.

(MCSS)

- Policy and standards should be set centrally by the responsible ministry, and implemented locally.

(Maloney, BCC, WCBE, CJS,  
Bradley, OPC)

- The mandates of the Ministries of Education, Community and Social Services, and Health, as they relate to children's mental health, must be clearly defined at the provincial policy level.

(WCBE, OPSBA)

- Specialized mental health services can never adequately provide services to all children with emotional and behavioral disorders, so services should be targeted to those most in need and most able to benefit.

(Offord, Bradley)

Other recommendations concerned access to services, especially the role of schools. Many witnesses were questioned by the Committee on this issue, particularly as it relates to the recommendation in Children First that the local school be the preferred access point for services

- Establish a single entry point in each general community for families and children experiencing a variety of problems, ideally the local school.

(Maloney, BCC, OPSBA,  
WCBE, OTF)

- The existence of the single entry point is, however, more important than the type of agency chosen.

(MMHC)

- Establish entitlement to children's mental health services, even if only for the most severe problems, analogous to access for physical problems.

(BCC, ECFC)

- In general, agencies must be mandated to work together to provide a continuum of service for children.

(WCBE, Nugent, CJS, OPC,  
Offord)

- The Ministry of Education and the Ministry of Community and Social Services should have a formal agreement allowing boards of education access to children's mental health services, analogous to the services available from the Ministry of Health since 1985. They argue that the Children's Authority recommended in Children First cannot respond to immediate problems.

(WORC)

- Increase the capability of schools, public health nurses and family doctors to serve more effectively in prevention, early identification and as entry points for more specialized services.

(BCC, WCBE, Offord,  
similar by OTF)

- Schools should become long-hour, year-round community centres housing integrated recreation programs and in many cases day care and social/health services.

(BCC)

- Short-term measures to deal with the waiting list at centres would be:
  - Gather systematic information on the children on the waiting list;
  - divide up the waiting list group into those who need immediate individual attention and those who do not;
  - ensure that the former group receives immediate individual attention and provide the latter with group or community interventions; and
  - encourage children's mental health centres to review their case loads to determine who does not need time-consuming, individually-focused intervention.

Longer-term measures would be to:

- institute a uniform data collection procedure on all children and their families 'touched' by the mental health/social service system;
- use the data to determine the relative size of the populations of children with different types of problems and use this information to plan appropriate services;
- combine the information obtained with that already available to investigate the appropriateness of the populations served by specialized services;



- determine which interventions do more good than harm and disseminate this information; and
- institute a comprehensive research program on the effectiveness of prevention and treatment programs in the field.

(Offord)

Witnesses made recommendations to co-ordinate delivery of service and integrate programs. Again, many questions from Members related to recommendations in Children First, particularly its proposal that a provincial Children's Authority and locally elected Children's Authorities be created.

- Establish **ONE** provincial authority for children which has broad policy-making authority; delegate to community bodies full authority and latitude to implement an integrated service system for children and families under provincial policies.

(OACAS, BCC, Bradley)

- Work to establish a strong partnership between relevant Ministries, parents and professionals to create a vision for children's services in Ontario.

(OPSBA, BCC, CJS)

- Immediately create an independent, action-oriented Implementations Task Force, charged with the responsibility of developing and implementing medium and longer term measures that include:
  - systems and processes to achieve interministerial coordination of existing and new programs that assist children with emotional problems and mental illness;
  - systems and processes to achieve coordination of services among social service agencies, health service agencies, educators and the justice system;
  - the development of an appropriate funding formula that addresses the need of each community;
  - the development of legislation to cover all aspects of children's mental health; and
  - a review of the concept of the "Children's Authority" as suggested by the Maloney Report.

(OACMHC)

- Legislate the development of "Children's Services Planning/Advisory Authorities" to assist in the co-ordination of children's services at the local and provincial levels.

(WCBE)

- Have an objective external body review the wisdom of blending (co-locating or integrating) mandatory services such as child protection, young offenders with voluntary services such as family support, children's mental health, day care, development services.

(BCC)

- Establish a unified family court with jurisdiction for all issues where the welfare of children are at stake.

(BCC)

- Give **someone** the clear mandate to provide mental health and support services to 16-18 year olds. Of particular pressing need is supervised independent living for those unable to live at home because of abuse or chronic severe family conflicts.

(BCC)

- Mandate the establishment of an outreach crisis service for children and families in each community of at least 20,000.

(BCC)

- Work towards establishment of continuum of mental health services in each community. This would include prevention, early identification and intervention, outpatient treatment, intensive crisis counselling, day treatment, therapeutic foster homes, therapeutic group homes, residential treatment and inpatient hospitalization for those in imminent medical-emotional danger.

(BCC, similar by OPC)

- Establish incentives for pilot integrated programs between service sectors.

(BCC, KCFS)

Witnesses called for changes in the funding process.

- An injection of funds in the upcoming Provincial Budget to enable each Centre to address the most urgent cases on their waiting lists.

(OACMHC, SGBS  
similar by TCFS)

- Even with co-operation to eliminate service overlaps, there will still be a need for the availability of additional designated funding by each of the Ministries involved in providing services.

(WCBE, OACAS, CJS,  
Bradley)

- Basic funding inequities among ministries and between direct operated government facilities and transfer payment organizations must be addressed and rectified.

(OACMHC, KCFS, ECFC,  
Nugent, OACAS, CJS)

- Budget cycles should be much longer to allow for better planning and implementation of changes to programs. Three to four year periods with annual monitoring and audit should be considered. Allocations should be based on true service requirements such as child population and social indicators.

(KCFS, MMHC)

- Economic incentives should be introduced to encourage inter-agency and cross-sectoral programs to develop, with priority for new initiatives to reflect community-based treatment services.

(KCFS, OPSBA,, WCBE,  
OACAS, Bradley, similar by TCFS)

- Implement at least one recommendation of the Provincial Municipal Social Services Review, that of the province assuming full funding responsibility for Children's Aid Societies. Child protection is and should remain solely a provincial responsibility.

(BCC)

- All residential centres in the province must receive adequate funding to ensure double staffing and other necessary safety measures are a minimum standard in all treatment facilities.

(KCFS, CJS)

- There must be increased encouragement and support for prevention and promotion initiatives such as the Better Beginnings, Better Futures project.

(KCFS, OPSBA, OACAS, MMHC,  
Bradley, OPC, Offord)

Research needs were addressed by several witnesses, and Dr. Offord in particular provided detailed recommendations on this issue (already summarized under access).

- Institute a comprehensive research program on the effectiveness and cost-effectiveness of various interventions and preventive measures, and make this information available to providers.

(Offord, ECFC, OACAS  
Bradley, OPC)

- Determine and disseminate information on programs that do more good than harm.

(OPC, Offord)

Native issues were addressed by many witnesses.

- Establish a treatment facility specifically for solvent abusers, focused on Native youth.

(TCFS)

- Establish specialized clinical treatment centres for Native children that are staffed with trained Native practitioners.

(TCFS)

- Develop and implement programs for abusers and their families.

(TCFS)

- Resources should be available to provide care at 60% to 100% higher levels than regular foster care levels.

(TCFS)

- Explore more in-depth strategies aimed at improving mental health and related services to Indian children on-reserve.

(TCFS)

- In response to a question, this witness argued that services should be provided to Native children by Native organizations, in consultation with clinical staff from other agencies as appropriate.

(Nugent)

A number of other relevant issues were raised by other witnesses.

- Research literature shows principals to be a key factor in the positive mental health of school children. Have the Ministry of Education establish criteria which would include such criteria in the selection of principals.

(BCC)

- Focus public attention on what is known about media violence and its increasing effects on children and families.

(BCC)



- In response to a question, this witness recommended that a legislative mandate for inter-agency co-operation would remove some of the difficulties in sharing information created by the Freedom of Information and Protection of Privacy Act.

(WCBE)

- In response to a question, this witness recommended that designated funding for special education be reinstated.

(WCBE)

- A graduate program for francophones in the field of children's mental health services be re-established.

(CJS)

- In response to a question, this witness recommended that more attention be given to children's mental health issues during the training of health and social work professionals.

(Bradley,  
similar by OPC)

- Low cost, accessible recreation programs are vital in the prevention of mental health problems and delinquency, particularly for disadvantaged children. Many smaller communities lack same and frequently welfare children are left out of increasingly expensive recreational programs. Community development efforts in recreation should be funded by both local and provincial governments.

(BCC)

- The Child and Family Services Act should be re-examined in the light of concerns that it gives children too much freedom to refuse treatment.

(SGBS)



**APPENDIX 2**  
**Relevant Reports**





## RELEVANT REPORTS

### Children First

This report, by the Advisory Committee on Children's Services, was released in November 1990. The Committee was formed in 1988 with a mandate "to consider how to make the systems that serve children and their families in Ontario more responsive." The report makes a number of innovative proposals. Those most relevant to the provision of children's mental health services include:

- that children's services be approached in such a way as to give rights of entitlement (to protection, to affectionate care and support, and similar matters) equal status with rights of legal procedure, avoiding what the Committee perceives as the current overemphasis on procedural rights;
- that mainstream services, such as schools and public health units become the pivotal points for organizing services for children;
- that children be maintained in their natural setting of home and school to the greatest degree possible;
- that there must be a single major physical centre that operates as a hub of services for children within each community, preferably a school;
- that service providers should increase their capacity for early detection of problems, and that intervention and treatment should be available in home and school settings;
- that legislation dealing with children should be critically examined in order to be made more consistent with regard to age, therapeutic assessment, and other relevant matters;
- that the provincial government should request that the federal government revise s. 22 of the Young Offenders' Act to provide a better balance between the right of the individual (to refuse treatment) and the right of the community (to protection);
- that the government develop a public agenda on the entitlements of children; and
- that the government establish locally elected children's authorities to coordinate all services for children.<sup>16</sup>

Clearly, this is a new and comprehensive approach to the provision of all children's services, including mental health services. The proposals on unified responsibilities

would, if implemented, end some or all of the fragmentation of services people experience under the present system. The proposal for a single point of access to services in each community would almost certainly increase individuals' ability to access the system. Many presenters addressed this recommendation in response to questions; almost all were favorable (WORC, BCC), though some witnesses expressed some reservations about the use of schools for this purpose in all communities (OACMHC, OPC, and, in response to a question, the Minister). However, the Minister noted that the Ministry is still assessing reaction to the report.

The entitlement approach to provision of children's services (as recommended in Children First, discussed below, was endorsed by a number of presenters (BCC, Bradley). However, proposals to amalgamate services of children's mental health providers and Children's Aid Societies were viewed with caution by some witnesses and Members, as confusing mandatory and voluntary services (BCC).

### **Investing in Children**

This discussion paper, already mentioned above, proposed seven "directions" for the Ministry's children's services. The first two of these were "responsiveness" (to clients' needs) and "continuity of service." The other strategies discussed were:

- primary prevention with "at risk" population;
- detection and early intervention;
- improved services for the seriously and chronically disturbed;
- enhanced area planning; and
- structuring a spectrum of services.

### **Better Beginnings, Better Futures**

This report, released in 1989, consists of a research review and recommendations on the best form for community-based prevention programs, directed to high-risk children. Again, the range of risk factors leads the report to recommend an integrated model of planning and providing service, involving all relevant ministries.<sup>17</sup> Pilot projects recommended by this report were endorsed by a number of presenters (BCC, KCFS).

**Transitions**

The report of the Social Assistance Review Committee, released in September 1988, made comprehensive recommendations for reforming the social assistance system. Given the findings of the Ontario Child Health Study, that being on social assistance is a significant risk factor for illness in children, improvements to the system allowing people to leave it more easily can only be beneficial. This may also be a more efficient use of government resources than paying social workers to monitor social assistance families at "high risk" of a whole series of physical and mental problems.<sup>18</sup> The Minister emphasized providing a continuum of support for children, including economic support, when she appeared before the Committee.







Publié en septembre 1988, le rapport du Comité d'examen de l'aide sociale propose des recommandations exhaustives visant la réforme du système d'aide sociale. Compte tenu des conclusions de l'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario, en particulier celle voulant que le fait de bénéficier de l'aide sociale soit un facteur de risque important pour l'état de santé des enfants, nous aurions intérêt à améliorer le système de manière à permettre à ces bénéficiaires de s'en détacher plus facilement. Une telle amélioration constituerait probablement une meilleure utilisation des deniers publics que le fait de payer les travailleurs sociaux pour suivre les familles bénéficiaires de l'aide sociale qui présentent un risque élevé de connaître toute une série de problèmes physiques et mentaux<sup>18</sup>. Lors de son témoignage devant le Comité, la ministre a insisté sur la nécessité d'offrir aux enfants un soutien, sous forme de services et d'aide financière, sur lequel ils peuvent compter en permanence.

d'accès aux services dans chaque collectivité aurait pour effet de rendre le système plus accessible à tous. De nombreux témoins ont évoqué cette recommandation en réponse aux questions des membres du Comité; la plupart d'entre eux lui ont donné leur appui (WORC, BCC), bien que certains aient exprimé des réserves quant à l'utilisation des écoles à cette fin dans toutes les collectivités (AOCSME, COIP et, en réponse à une question, la Ministère). Toutefois, cette dernière a fait remarquer que le ministère n'a pas encore fini l'évaluation des réactions soulevées par le rapport.

La démarche caractérisée par le respect des droits naturels en matière de prestation des services à l'enfance (comme le recommande le rapport intitulé Les enfants d'abord, abordé ci-dessous) a reçu l'appui d'un certain nombre de témoins (BCC, Bradley). Toutefois, certains autres, ainsi que certains membres du Comité, ont exprimé leurs réserves à l'égard de la proposition visant à combiner les services de santé mentale à l'enfance et ceux des sociétés d'aide à l'enfance, en alléguant qu'on risquait ainsi de confondre les services obligatoires et les services volontaires (BCC).

## Investir dans l'enfance

Le document de consultation mentionné ci-dessus propose sept «orientations» pour les services à l'enfance du ministère. Les deux premières portent sur l'«adéquation» (aux besoins des bénéficiaires) et sur la «continuité des services». Les autres stratégies étudiées sont les suivantes :

- la prévention initiale auprès des populations à risque;
- le dépistage et l'intervention rapide;
- l'amélioration des services aux perturbés graves et chroniques;
- l'amélioration de la planification sectorielle;
- la structuration de l'éventail des services.

## Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur

Ce rapport publié en 1989 comprend un survol des recherches effectuées jusque-là et des recommandations quant à la meilleure structure à donner aux programmes communautaires de prévention visant les enfants à risque élevé. De nouveau, l'éventail des facteurs de risque pousse les auteurs du rapport à recommander un modèle intégré de planification et de prestation des services, modèle qui ferait appel à tous les ministères pertinents<sup>17</sup>. Un certain nombre de témoins (BCC, KCFS) se sont déclarés en faveur des projets pilotes recommandés dans ce rapport.

## RAPPORTS PERTINENTS

### Les enfants d'abord

Ce rapport fut publié par le Comité consultatif des services à l'enfance en novembre 1990. Constitué en 1988, le Comité avait le mandat de «trouver des moyens pour que les systèmes de services à l'enfance et à la famille de l'Ontario répondent mieux aux nouveaux besoins». Le rapport contient un certain nombre de propositions innovatrices. Les plus pertinentes à la prestation des services de santé mentale aux enfants sont les suivantes :

- la prestation des services à l'enfance doit tenir compte des droits naturels des enfants (à la protection, à des soins affectueux, au soutien, etc.) autant que des droits de procédure judiciaire pour éviter ce que le Comité perçoit comme étant la trop grande importance donnée actuellement aux droits procéduraux;
- les services principaux comme les écoles et les circonscriptions sanitaires doivent devenir des points de convergence de l'organisation des services destinés à l'enfance;
- les enfants doivent être gardés le plus possible dans leur milieu familial et scolaire naturel;
- il doit y avoir un lieu principal qui fonctionnerait comme pivot des services à l'enfance dans chaque collectivité; de préférence, ce lieu sera l'école;
- Les fournisseurs de services doivent améliorer leur capacité de détecter assez tôt l'apparition de problèmes, et les services d'intervention et de traitement doivent être disponibles dans le milieu familial et scolaire;
- les lois portant sur l'enfance doivent être évaluées en profondeur afin d'établir une constance législative en ce qui a trait à l'âge, à l'évaluation thérapeutique et à toute autre question pertinente;
- le gouvernement provincial doit demander au gouvernement fédéral de modifier l'article 22 de la Loi sur les jeunes contrevenants afin d'offrir un meilleur équilibre entre les droits de la personne (de refuser un traitement) et les droits de la collectivité (d'être protégée);

- le gouvernement doit élaborer un programme public pour assurer les droits naturels des enfants;
- le gouvernement doit établir à l'échelle locale des organismes pour l'enfance élus qui seraient responsables de la coordination de tous les services à l'enfance.

De toute évidence, il s'agit là d'une nouvelle démarche exhaustive en ce qui a trait à la prestation de tous les services à l'enfance, notamment les services de santé mentale. Les propositions visant une unification des responsabilités auraient pour effet, si on les mettait en oeuvre, de mettre fin, en totalité ou en partie, à la fragmentation des services qu'impose le système actuel. La proposition visant la constitution d'un pivot



**ANNEXE 2**  
**Rapports pertinents**



- La prévention des problèmes de santé mentale et de la délinquance, particulièrement chez les enfants défavorisés, requiert des programmes de loisirs accessibles et d'un prix abordable. Ces programmes brillent par leur absence dans de nombreuses collectivités plus petites et, souvent, les programmes de loisirs, qui coûtent de plus en plus cher, négligent les enfants bénéficiant de l'aide sociale. Tant les administrations locales que le gouvernement provincial doivent soutenir financièrement les efforts communautaires de mise sur pied de programmes de loisirs.

(BCC)

- Il convient de réexaminer la Loi sur les services à l'enfance et à la famille en fonction des craintes qu'elle donne aux enfants une trop grande liberté de refuser des traitements.

(SGBS)

- On doit étudier plus en détail les stratégies visant à améliorer les services de santé mentale et connexes fournis aux enfants autochtones dans les réserves.
- En réponse à une question d'un membre du Comité, ce témoin a préconisé que des organismes autochtones fournissent des services aux enfants autochtones en consultation, au besoin, avec le personnel clinique d'autres organismes.

(Nugent)

- D'autres témoins ont soulevé un certain nombre de questions pertinentes.
- Les recherches semblent indiquer que les directeurs et les directrices des écoles ont une influence primordiale sur la bonne santé mentale des élèves. Il faut que le ministre de l'Éducation ajoute ce critère à l'ensemble de ceux qui guident le choix des directeurs et directrices d'école.

(BC)

- Il faut absolument attirer l'attention de la population sur ce qu'on appelle la violence dans les médias et ses effets de plus en plus marqués sur les enfants et les familles.

(BC)

- En réponse à une question d'un membre du Comité, ce témoin a recommandé que la loi éventuelle régissant la collaboration entre les organismes fasse disparaître certaines difficultés en matière d'échange de renseignements découlant de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée.

(CECW)

- En réponse à une autre question, ce témoin a recommandé que l'on rétablisse les subventions désignées en faveur de l'éducation de l'enfance en difficulté.

(CECW)

- Il faut rétablir un programme universitaire de deuxième cycle destiné aux francophones dans le domaine des services de santé mentale à l'enfance.

(CJS)

- En réponse à une question d'un membre du Comité, ce témoin a recommandé que la formation des professionnels de la santé et du travail social fasse une plus grande place aux questions relatives à la santé mentale des enfants.

(Bradley,  
ainsi que, dans le même esprit, COIP)

- Tous les établissements de la province doivent recevoir des crédits suffisants pour pouvoir assurer la présence de deux membres du personnel par quart et toutes autres mesures de sécurité nécessaires comme condition minimale de travail dans tous les établissements.

(KCFS, CJS)

- Il faut accroître le soutien apporté à des projets de prévention et de promotion tels que *Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur*.

(KCFS, OPSBA, ASAE, MMHC, Bradley, COIP, Offord)

Plusieurs témoins ont évoqué les besoins sur le plan de la recherche; en particulier, le Dr Offord a soumis des recommandations détaillées sur cette question (déjà résumées sous la rubrique accès).

- Il faut mettre sur pied un programme exhaustif de recherche sur l'efficacité et l'économie des diverses interventions et mesures de prévention, et mettre ces renseignements à la disposition des fournisseurs de services.

(Offord, ECFC, ASAE, Bradley, COIP)

- Il faut identifier les programmes qui font plus de bien que de mal et diffuser les renseignements à leur propos.

(COIP, Offord)

De nombreux témoins ont évoqué les questions relatives aux autochtones.

- Il faut mettre sur pied un centre de traitement réservé aux personnes qui s'intoxiquent aux solvants et visant principalement les jeunes autochtones.

(TCFS)

- Il faut mettre sur pied des centres de traitement clinique spécialisé destinés aux enfants autochtones, dont le personnel serait composé de professionnels autochtones.

(TCFS)

- Il faut élaborer et mettre en oeuvre des programmes destinés aux toxicomanes et à leur famille.

(TCFS)

- Il faut donner aux familles d'accueil de ces jeunes les ressources nécessaires pour fournir des soins de 60 pour 100 plus intensifs que ceux que l'on attend d'un ordinaire d'une famille d'accueil.

(TCFS)

- Il faut prévoir des encouragements financiers à la mise sur pied de programmes pilotes intégrés entre les différents secteurs de services.
- (BCC, KCFS)
- Les témoins ont aussi réclamé la modification du processus de financement.
- Le prochain budget provincial doit prévoir des crédits supplémentaires pour permettre à chaque centre de prendre en charge les cas les plus pressants de sa liste d'attente.
- (AOCSME, SGBS)
- ainsi que, dans le même esprit, TCFS)
- Même s'il s'instaure une certaine collaboration pour éliminer le chevauchement des services, il faudra toujours que les ministères participant à la prestation des services prévoient des crédits supplémentaires désignés.
- CECW, ASAEQ, CJS, Bradley)
- Il faut se pencher sur les inégalités fondamentales en termes de financement que l'on constate entre les ministères et entre les organismes publics et les organismes subventionnés, et corriger ces inégalités.
- (AOCSME, KCFS, ECFC, Nugent, ASAEQ, CJS)
- Il faut prolonger les cycles budgétaires pour permettre une meilleure planification et la mise en oeuvre des modifications apportées aux programmes. Il conviendrait d'envisager des périodes de trois ou quatre ans tout en prévoyant des interventions de surveillance et de vérification tous les ans. La répartition des crédits doit se faire en fonction des véritables besoins sur le plan des services, notamment en fonction de la population d'enfants et de certains indicateurs sociaux.
- (KCFS, MMHC)
- On doit adopter des modalités d'encouragement économique pour favoriser l'élaboration de programmes par plusieurs organismes, voire par tout le secteur, en donnant la priorité aux nouvelles mesures fondées sur les services de traitement communautaires.
- (KCFS, OPSBA, CECN, ASAEQ, Bradley, ainsi que, dans le même esprit, TCFS)
- On doit mettre en oeuvre au moins une recommandation du Comité d'étude provincial-municipal sur les services sociaux, à savoir que la province assume complètement la responsabilité financière des sociétés d'aide à l'enfance. La protection de l'enfance est et doit rester une responsabilité exclusive de la province.
- (BCC)

- élaborer une formule convenable de financement, susceptible de répondre aux besoins de chaque collectivité;
- élaborer une loi régissant tous les aspects de la santé mentale des enfants;
- étudier la notion d'organisme pour l'enfance, proposée dans le rapport Maloney.

(AOCSME)

- Il faut adopter des dispositions législatives régissant la création d'organismes consultatifs/de planification des services à l'enfance afin de faciliter la coordination de ces services à l'échelon local et à l'échelon provincial.

(CECW)

- Il faut donner à un organisme externe objectif le mandat d'étudier la pertinence de jumeler (en leur faisant partager les mêmes locaux ou en les intégrant) les services obligatoires, tels que la protection de l'enfance et les services aux jeunes contrevenants, et les services volontaires, tels que les services de soutien à la famille, les services de santé mentale pour enfants, de garde-rie et de perfectionnement.

(BCC)

- Il faut établir une cour unifiée de la famille, qui aurait compétence dans toutes les questions mettant en jeu le bien-être des enfants.

(BCC)

- Il faut donner à quelqu'un le mandat sans équivoque d'offrir des services de soutien et de santé mentale aux adolescents de 16 à 18 ans. Il est particulièrement pressant d'instituer des modalités de vie indépendante supervisée pour ceux qui doivent quitter leur foyer en raison de mauvais traitements ou de conflits familiaux chroniques graves.

(BCC)

- Il faut imposer la mise sur pied d'un service d'urgence de dépistage destiné aux enfants et à leur famille dans chaque collectivité d'au moins 20 000 habitants.

(BCC)

- Il faut travailler à la constitution, dans chaque collectivité, de services de santé mentale tels que les enfants puissent passer de l'un à l'autre de façon continue. Ces services comprendraient la prévention, le dépistage et l'intervention, le traitement en clinique externe, la consultation intensive en cas d'urgence, les traitements de jour, les foyers d'accueil thérapeutiques, les foyers de groupe thérapeutiques, les traitements en établissement et l'hospitalisation de ceux qui sont sur le point de se trouver en danger médical ou émotif.

(BCC, ainsi que, dans le même esprit, COIP)



Les mesures à long terme sont les suivantes :

- mettre sur pied une méthode uniforme de collecte des renseignements sur tous les enfants et leur famille «touchés» par le réseau de services sociaux et de services de santé mentale;
- utiliser ces renseignements pour évaluer l'importance relative des populations d'enfants présentant différentes sortes de problèmes et utiliser ces renseignements pour planifier des services adéquats;
- combiner ces renseignements à ceux dont on dispose déjà pour évaluer la pertinence des populations visées par les services spécialisés;
- évaluer les interventions qui font plus de bien que de mal et diffuser cette information; et
- mettre sur pied un programme exhaustif de recherche sur l'efficacité des programmes de prévention et de traitement dans le secteur.

(Offord)

Les témoins ont aussi fait des recommandations touchant à la coordination de la prestation des services et à l'intégration des programmes. De nouveau, de nombreuses questions posées par les membres du Comité concernaient les recommandations du rapport intitulé Les enfants d'abord, particulièrement celle qui proposait la constitution d'un organisme provincial et d'organismes locaux pour l'enfance.

- Il faut établir UN SEUL organisme provincial pour l'enfance, qui aurait de vastes compétences en matière d'élaboration des politiques; déléguer aux organismes communautaires la compétence pleine et entière et les pouvoirs de mettre en oeuvre un système intégré de services à l'enfance et à la famille en fonction des politiques provinciales.

(ASAEQ, BCC, Bradley)

- Il faut s'efforcer d'établir des liens solides entre les ministères concernés, les parents et les professionnels pour créer un consensus sur les services à l'enfance en Ontario.

(OPSSA, BCC, CJS)

- Il faut créer immédiatement un groupe de mise en oeuvre indépendant et axé sur l'intervention, ayant la responsabilité d'élaborer et de mettre en oeuvre des mesures à moyen et à long terme, notamment :
- élaborer des systèmes et des méthodes permettant la coordination interministérielle des programmes actuels et nouveaux, susceptibles d'aider les enfants présentant des problèmes affectifs et des maladies mentales;

- mettre au point des systèmes et des méthodes permettant de coordonner les services offerts par les organismes de services sociaux, les organismes de services de santé mentale, les enseignants et le système judiciaire;

- On doit affirmer le droit aux services de santé mentale pour enfants, même si ce n'était que pour les problèmes les plus graves, de la même façon qu'on l'a fait pour l'accès aux services médicaux.
- (BCC, ECFC)
- En général, les organismes doivent être tenus de collaborer pour que les enfants puissent passer d'un service à l'autre de façon continue.
- (CECW, Nugent, CJS, COIP, Offord)
- Le ministère de l'Éducation et le ministère des Services sociaux et communautaires doivent conclure une entente officielle permettant au conseil de l'éducation d'avoir accès aux services de santé mentale pour enfants, de la même façon que cela se fait pour les services offerts par le ministère de la Santé depuis 1985. Ce témoin prétend que l'organisme pour l'enfance recommandé dans Les enfants d'abord ne peut régler les problèmes immédiats.
- (WORC)
- Il faut faire en sorte que les écoles, les infirmières-hygénistes et les médecins de famille jouent un rôle plus efficace en matière de prévention, de dépistage et comme point d'accès à des services plus spécialisés.
- (BCC, CECW, Offord, ainsi que, dans le même esprit, FEO)
- Les écoles doivent devenir des centres communautaires ouverts un grand nombre d'heures par jour et à l'année longue, qui abriteraient des programmes intégrés de loisirs et, bien souvent, des services de garde, des services sociaux et des services de santé.
- (BCC)
- Les mesures à court terme susceptibles de permettre de régler le problème des listes d'attente dans les établissements sont les suivantes :
  - recueillir, de manière systématique, les renseignements sur les enfants figurant sur ces listes d'attente;
  - subdiviser chaque liste d'attente pour distinguer les enfants qui ont besoin d'une attention immédiate des autres;
  - faire en sorte que le premier groupe reçoive une attention immédiate et que le deuxième ait accès à des services de groupe ou des services communautaires;
  - encourager les centres de santé mentale pour enfants à examiner les cas dont ils ont la charge pour accélérer ceux qui n'ont pas besoin d'une attention personnelle, coûteuse en termes de temps.

## RECOMMANDATIONS DES TÉMOINS

!

Les recommandations faites par les témoins au Comité portent sur un grand éventail de questions, dont certaines touchent aux buts et aux principes d'ensemble.

- Les principes régissant le changement doivent être les suivants : la prise en charge personnelle, la consultation, la collaboration et la responsabilité.

(MSSC)

- La politique et les normes doivent être établies par le ministère responsable et mises en oeuvre à l'échelon local.

(Maloney, BCC, CECW, CJS, Bradley, COIP)

- Les mandats respectifs des ministères de l'Éducation, des Services sociaux et communautaires et de la Santé doivent être définis clairement à l'échelon provincial en ce qu'ils touchent à la santé mentale des enfants.

(CECW, OPSBA)

- Les services spécialisés de santé mentale ne pourront jamais offrir convenablement des services à tous les enfants présentant des troubles affectifs et de comportement; ils doivent donc être dirigés vers ceux qui en ont le plus besoin et qui sont le plus susceptibles d'en bénéficier.

(Offord, Bradley)

D'autres recommandations touchent à l'accès aux services, tout particulièrement au rôle des écoles. Le Comité a interrogé plusieurs témoins sur cette question, notamment à la lumière de la recommandation du rapport intitulé Les enfants d'abord, selon laquelle l'école locale doit être le pivot de l'accès aux services.

- Il faut établir un seul point d'accès dans chaque collectivité à l'intention des familles et des enfants qui vivent un grand éventail de problèmes; dans le meilleur des mondes, ce point serait l'école locale.

(Maloney, BCC, OPSBA, CECW, FEO)

- L'existence d'un seul point d'accès est toutefois plus importante que le genre d'organisme choisi.

(MMHC)



**ANNEXE 1**  
**Recommandations des témoins**





<sup>17</sup>Ontario, ministère des Services sociaux et communautaires, Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur, Toronto, le Ministère, 1989, p. 110-113.

<sup>18</sup>Étude sur la santé des enfants de l'Ontario, Les enfants à risque, p. 8-16.

## RENVOIS

- <sup>1</sup>Ontario, ministère des Services sociaux et communautaires, Northern Directions for the Delivery of Services to Special Needs Children and Their Families, Ontario, le Ministère, 1988, p. 19.
- <sup>2</sup>C. Hanly, Mental Health in Ontario, A Study for the Committee on the Healing Arts, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1970, p. 289.
- <sup>3</sup>D.R. Offord, Étude sur la santé des enfants de l'Ontario : Résumé des premiers résultats, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1986, p. 7.
- <sup>4</sup>Ontario, ministère des Services sociaux et communautaires, Investir dans l'enfance, Toronto, le Ministère, 1988, tableau 5, annexe G.
- <sup>5</sup>Ontario, ministère des Services sociaux et communautaires, Sommaire des ressources et des programmes : Prévisions pour 1990-91, Toronto, le Ministère, 1990, p. 63, 69, 70.
- <sup>6</sup>Ibid., p. 74-75.
- <sup>7</sup>D.R. Offord, op. cit., p. 12.
- <sup>8</sup>Ibid., p. 9-10.
- <sup>9</sup>Ibid., p. 11.
- <sup>10</sup>Tous ces renseignements sont tirés de l'annexe E, Investir dans l'enfance.
- <sup>11</sup>Étude sur la santé des enfants de l'Ontario, Les enfants à risque, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1989, p. 8.
- <sup>12</sup>D.R. Offord, op. cit., p. 10.
- <sup>13</sup>Voir par exemple, Ontario, ministère des Services correctionnels, «Sault Selected for Northern Treatment Centre», communiqué de presse du 22 juin 1987; et Ontario, ministère des Services correctionnels, «Subvention à la préparation de professionnels du traitement par le ministère des Services correctionnels», communiqué de presse du 31 août 1987.
- <sup>14</sup>Ontario, ministère des Services sociaux et communautaires, Northern Directions, p. 64.
- <sup>15</sup>Ontario, ministère des Services sociaux et communautaires, Investir dans l'enfance, p. 44.
- <sup>16</sup>Comité consultatif des services à l'enfance, Les enfants d'abord, Toronto, ministère des Services sociaux et communautaires, 1990, annexe H.

- étudier la possibilité de mettre en oeuvre une méthode uniforme de collecte des données afin d'estimer l'importance relative des populations d'enfants manifestant différentes sortes de problèmes, et utiliser ces renseignements pour planifier les services nécessaires;

- discerner dans les recherches et les projets actuels les interventions dont on sait qu'elles font plus de bien que de mal, et trouver un moyen de mettre ces renseignements à la disposition des intervenants et des responsables de la formation du secteur;

- se pencher sur la question des programmes touchant à ce domaine, que les collèges communautaires et les universités de toute la province pourraient offrir et, en particulier, se pencher sur les besoins spécifiques du Nord;
- consulter les représentants des ministères concernés, des groupes autochtones, des groupes de prestation des services et des bénéficiaires;

- trouver des moyens d'encourager financièrement les groupes à collaborer aux programmes de recherche et d'évaluation.

## Les autochtones

Le Comité est conscient des problèmes particuliers que vivent, sur le plan des compétences, de nombreux organismes autochtones. Nous recommandons que :

- tous les ministères concernés entreprennent des efforts concertés, sous la direction du ministère des Services sociaux et communautaires, pour combler les besoins particuliers des autochtones;

- le ministère affecte les crédits nécessaires au développement des services de santé mentale pour les autochtones et à la formation de professionnels autochtones en santé mentale, au rattachement de la formation du personnel actuel et à la satisfaction des besoins en soutien familial des collectivités autochtones.

## Langue et culture

Le Comité recommande que :

- le gouvernement poursuive ses efforts pour améliorer les services offerts aux enfants des groupes linguistiques minoritaires;
- le gouvernement poursuive ses efforts pour rendre les services à l'enfance sensibles aux aspects culturels.

- la collecte systématique de renseignements sur les enfants dont le nom figure sur les listes d'attente en s'appuyant sur le rapport de Craig Shields commandé par le ministère des Services sociaux et communautaires;

- l'élaboration d'un plan concerté permettant de combler les besoins en ressources humaines des services de santé mentale pour enfants en se penchant d'abord et surtout sur les lacunes constatées dans les régions mal desservies;

- la meilleure utilisation des personnes et des établissements qui offrent déjà des services à l'enfance (tels que les écoles, les infirmières-hygénistes et les médecins de famille) de façon à les utiliser le plus efficacement possible aux fins de la prévention et du dépistage et comme points d'accès à des systèmes plus spécialisés.

## Financement

Nous recommandons que :

- le ministère mette en oeuvre un plan permettant d'assurer l'égalité des salaires accordés par les organismes subventionnés et les organismes publics;
- les établissements de soins de la province reçoivent des subventions suffisantes pour garantir la sécurité des enfants et du personnel;
- le prochain budget provincial prévoie les crédits supplémentaires nécessaires pour permettre au secteur des services à l'enfance de prendre en charge les cas les plus critiques qui se trouvent sur ses listes d'attente;
- les programmes de prévention tels que Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur reçoivent des crédits supplémentaires;
- l'on encourage financièrement les organismes à collaborer entre eux à la prestation de programmes/projets à l'échelon local.

## Recherche, évaluation et formation

Plusieurs témoins ont fait remarquer au Comité que la pratique actuelle dans le secteur des services de santé mentale pour enfants n'est pas au diapason des résultats de la recherche entreprise dans ce domaine. Il est aussi évident que la coordination des services dans ce domaine doit faire l'objet de recherches plus poussées. Nous recommandons donc que le Conseil du premier ministre sur la santé reçoive le mandat suivant :

## RECOMMANDATIONS

### Préambule et principes

Plusieurs témoins qui ont déposé devant le Comité s'occupent d'enfants qui présentent de graves troubles de comportement et d'autres troubles émotifs, ils s'entendent pour dire que de nombreux enfants ne reçoivent pas de soins convenables, parce qu'ils ne les reçoivent pas au moment opportun. Les nombreux facteurs indissociables qui accroissent les tensions dans les familles contribuent à l'apparition de problèmes psychiatriques chez les enfants. Il est donc essentiel de procurer aux familles le soutien dont elles ont besoin pour leur permettre d'élever des enfants sains. En même temps, tous s'entendent pour dire que les listes d'attente des services de santé mentale pour enfants sont en elles-mêmes inacceptables. Notre but doit être d'élaborer des politiques exhaustives, coordonnées et axées sur la prévention en vue de traiter les problèmes de santé mentale des enfants. Tous bénéficieront de la mise sur pied de services exhaustifs, susceptibles d'entraîner une réduction de la demande de services d'intervention en situation de crise. Par tous, nous entendons les fournisseurs de ces services, les parents et les enfants.

### Accessibilité et coordination des services

Nous recommandons que :

- l'on mette sur pied un comité de mise en oeuvre, qui produira un rapport d'ici la fin de septembre 1991. Ce comité doit regrouper des représentants des ministères concernés, des groupes autochtones, des groupes de prestation des services et des bénéficiaires. En se fondant, entre autres, sur le rapport intitulé *Les enfants d'abord* le comité de mise en oeuvre doit se pencher sur les questions centrales qui se posent dans ce domaine : De quelle manière peut-on coordonner l'élaboration des politiques à l'échelon provincial? De quelle manière peut-on coordonner l'élaboration des politiques et la prestation des services à l'échelon local? Quel lien doit-on établir entre les deux échelons?

Nous recommandons aussi que le comité de mise en oeuvre se penche sur les questions suivantes :



organismes existants à collaborer les uns avec les autres pour offrir leurs services de la manière la plus économique (BCC, KCFS). L'AOCSME souligne que les enfants qui font appel à leurs services ont généralement épuisé toutes les autres sources d'aide que leur offre leur collectivité (c'est aussi l'opinion de l'ECFC).

### **Prestation des services dans les régions rurales et dans le Nord**

L'accès aux services est beaucoup plus difficile dans les régions rurales et dans le Nord. La population est beaucoup plus dispersée et, comme l'ont fait remarquer tous les témoins venant du Nord, la prestation des services y est d'autant plus difficile qu'il y existe une pénurie de professionnels.

On doit cependant constater une certaine augmentation des services, qui sont passés de 4 programmes de santé mentale destinés aux enfants du Nord et à leur famille en 1978 à 14 en 1986<sup>14</sup>. Les intervenants du Nord ont aussi lancé un certain nombre d'initiatives innovatrices visant à leur permettre d'offrir les services requis en faisant appel à peu de professionnels. Toutefois, les problèmes restent aigus (Nugent, CJS).

### **Rareté de l'information**

Dans un rapport de 1988 intitulé Investir dans l'enfance, le ministère des Services sociaux et communautaires soulève une question difficile sur laquelle se penche actuellement le réseau de santé mentale pour adultes, à savoir la possibilité d'identifier des populations cibles. Dans le rapport, on laisse entendre que la prévention «n'a de sens que pour les problèmes qui ne se résorbent pas spontanément dans le cours normal des choses, ou lorsque l'accumulation des facteurs de risque est extrêmement inquiétante»<sup>15</sup>. Le système actuel ne dispose pas des renseignements qui lui permettraient de fixer ses priorités et de répartir efficacement ses ressources. Plusieurs témoins, surtout M. Offord, ont abordé cette question dont traitent, entre autres, les recommandations du Comité.

trouver 9 millions de dollars de plus pour remplir toutes ces obligations et pour verser des salaires comparables à ceux du reste du secteur.

### Fragmentation des services

La diversité des services, qui se répartissent entre plusieurs ministères et selon l'âge des enfants, ainsi que les encouragements financiers qui peuvent nuire à la meilleure utilisation des ressources professionnelles, empêchent les enfants et leur famille d'avoir accès au système. En même temps, le manque de coordination peut entraîner l'existence de services faisant double emploi.

De nombreux témoins ont souligné ce problème; la plupart d'entre eux ont repris à leur compte la recommandation du président du Comité consultatif des services à l'enfance, M. Colin Maloney. Ce dernier préconise une forte centralisation au niveau de l'élaboration des politiques et des normes, accompagnée d'une décentralisation au niveau de leur mise en oeuvre en fonction des besoins et des ressources de la base. Plusieurs témoins se sont aussi déclarés en faveur de systèmes de planification locaux dans un certain nombre de domaines (AOCSCME, ECFC). Par ailleurs, plusieurs témoins se sont penchés sur la question de la pertinence des divisions selon l'âge qui caractérisent le système, particulièrement le Dr Bradley.

En ce qui a trait aux encouragements économiques, les programmes du ministère de la Santé, tels que les programmes en établissement hospitalier énumérés ci-dessus, sont fournis gratuitement. Par contre, les services fournis par les programmes du ministère des Services sociaux et communautaires requièrent souvent une participation financière, et les services privés de consultations obéissent aux lois du marché (CAPPC). Cette différence rend plus difficile l'orientation des enfants vers le service qui leur convient le mieux, surtout lorsque leur famille peut difficilement fournir une participation financière.

La question des encouragements économiques donnés aux fournisseurs de services a aussi intéressé un certain nombre de témoins. On n'encourage guère les nombreux petits

ministère a annoncé la multiplication des services de ce genre qu'il offrirait à tous les contrevenants du système provincial<sup>13</sup>. Toutefois, ce domaine souffre aussi d'une pénurie de personnel spécialisé et, par conséquent, de traitements.

## PROBLÈMES ET QUESTIONS

### Listes d'attente

L'Association ontarienne des centres de santé mentale pour enfants (AOCSME), qui regroupe 85 centres, s'occupe d'environ 50 000 enfants et familles chaque année, et sa liste d'attente compte environ 10 000 noms. L'ampleur de cette liste d'attente est le résultat d'une hausse de la demande et d'une raréfaction des ressources, mais aussi d'un certain nombre de facteurs inhérents au système. Mentionnons, entre autres :

- La faiblesse des salaires et le taux élevé de rotation du personnel qui en découle; on s'est penché sur ce problème au cours des audiences. Les salaires sont inférieurs d'au moins 10 à 20 pour 100 à ceux de postes correspondants dans le reste du secteur public. (AOCSME) La rotation du personnel dans un organisme de grande envergure atteint 30 pour 100, ce qui nuit au traitement de l'enfant et à l'établissement de la crédibilité des intervenants auprès de la famille de cet enfant. (KCFS, ainsi que, dans le même esprit, l'ECFC)

- Les subventions octroyées aux centres ne leur permettent pas d'offrir des salaires comparables à ceux d'autres secteurs; d'ailleurs, ces subventions n'ont pas suivi la hausse de l'indice des prix à la consommation. (KCFS)

- Les bénéficiaires semblent présenter des problèmes de plus en plus complexes, mais les coupures budgétaires ont obligé certains organismes tout au moins à réduire le nombre de lits. (KCFS, ECFC)

- Le meurtre de Krista Sepps a poussé plusieurs organismes à affecter deux membres de leur personnel au quart de nuit. (KCFS)

À court terme, la loi sur l'équité salariale et la perception des cotisations au RAMO sous la forme d'impôt frappant les employeurs minent aussi la santé financière des petits organismes de services sociaux (AOCSME, KCFS, ECFC). En réponse aux questions de membres du Comité, l'AOCSSME a déclaré que 33 centres de la région de Toronto doivent

programmes de dépistage et d'intervention<sup>11</sup>. La même étude a constaté que peu

d'enfants étaient placés dans des classes d'enfants en difficulté en raison de problèmes émotifs ou de comportement; en général, ces classes servent aux enfants manifestant une certaine lenteur intellectuelle<sup>12</sup>. Toutefois, cette étude date de 1983 (et son suivi, de 1987) alors que les conseils de l'éducation n'ont pris en charge cette population qu'en 1985. En réponse aux questions de membres du Comité, le WORC a souligné que l'on n'obtient pas nécessairement de très bons résultats en isolant les enfants très perturbés dans certaines classes. Le conseil s'inquiète aussi beaucoup du fait que les écoles

fournissent des traitements, ce qui n'est peut-être pas le rôle qui leur convient le mieux, et que ces traitements risquent de ne pas convenir aux enfants. Cette situation trouve en partie sa source dans la loi actuelle, selon laquelle les écoles ne peuvent se procurer des services auprès des centres de santé mentale, même dans les cas les plus graves. En réponse aux questions du Comité, le conseil déclare que le réseau d'enseignement peut s'occuper des problèmes légers à modérés.

Les membres du Comité ont consacré beaucoup de temps à l'examen de la recommandation du rapport intitulé Les enfants d'abord (dont l'annexe 2 traite en détail), selon laquelle l'école doit être le pivot des services offerts aux enfants. M. Collin Maloney, directeur général de la Société catholique d'aide à l'enfance de la communauté urbaine de Toronto et président du comité qui a rédigé ce rapport, a défendu la pertinence de cette recommandation, qui lui semble le meilleur moyen d'assurer l'accessibilité des services sans stigmatiser les enfants. M. Maloney souligne aussi que la mise en oeuvre complète de cette notion permettrait aux écoles de mieux remplir leur rôle de lieux d'éducation et que les enseignants consultés eux-mêmes se sont montrés fort disposés à collaborer à la mise en oeuvre des recommandations du rapport.

### Ministère des Services correctionnels

Les jeunes contrevenants âgés de 16 et 17 ans relèvent du ministère des Services correctionnels; comme c'est le cas chez les contrevenants adultes, un grand nombre de ces adolescents ont besoin de services psychiatriques. À compter du milieu des années 80, le



ci-dessous, le système actuel ne permet pas d'évaluer les ressources que le ministère de la Santé affecte aux soins de santé mentale pour enfants.

Toutefois, certains programmes existent à cet effet.

- Quatre hôpitaux publics possèdent une unité psychiatrique pour enfants. Il s'agit de l'hôpital Victoria et de l'hôpital pour enfants de l'Ouest de l'Ontario, de London, de l'hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario, d'Ottawa, et de l'Hospital for Sick Children et du Sunnybrook Medical Centre, de Toronto.
- Le programme New Outlook, de Toronto, destiné aux jeunes en transition (âgés de 16 à 24 ans), offre des services de traitement.
- Le Youth Clinical Services (services cliniques pour la jeunesse), de Downsview, est un centre multiservice pour adolescents et jeunes adultes atteints de troubles psychiatriques et psychosociaux graves.
- Le Young Adult Psychiatric Day Program (programme psychiatrique de jour pour jeunes adultes), de Kitchener, s'occupe des adolescents de 16 à 20 ans atteints de troubles émotifs, qui seraient autrement hospitalisés.
- Le Centre des études sur l'enfance et la famille de l'institut de psychiatrie Clarke offre un certain nombre de programmes qui traitent et qui étudient les enfants présentant des problèmes et leur famille.
- Vingt hôpitaux généraux disposent de cliniques externes pour enfants et adolescents, subventionnées par le ministère de la Santé<sup>10</sup>.

## Ministère de l'Éducation

Tous les enfants entrent un jour ou l'autre en contact avec le réseau d'enseignement; le mémoire du Western Ontario Regional Education Council (WORC) estime que l'on affecte des ressources pédagogiques aux enfants perturbés qui ne reçoivent pas de soins du système de services de santé mentale pour enfants.

L'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario estime que les enfants qui ont un rendement scolaire médiocre sont deux fois plus susceptibles de présenter un trouble psychiatrique; elle fait aussi la recommandation que les deux ministères concernés coordonnent leurs

- Ce programme assure «des interventions planifiées» et est destiné «à soulager divers troubles sociaux, émotifs ou de comportement auxquels doivent faire face les enfants et leur famille». Ces interventions comprennent des services d'évaluation, des services de consultation et des services résidentiels<sup>5</sup>.

- Les services de traitement de l'enfant doivent toucher 20 833 200 \$ en 1990-1991 (soit une augmentation de 20,3 pour 100 par rapport aux prévisions budgétaires de 1989-1990).

- Ces sommes sont destinées à 19 programmes résidentiels et à 114 programmes non résidentiels, qui s'occupent de 5 672 cas en cours.

- Ce programme assure des services «aux enfants ou à leur famille lorsqu'un psychiatre a décelé chez l'enfant un trouble mental ou psychiatrique. Ces services :
  - sont fournis spécifiquement pour soulager le trouble mental ou psychiatrique; et
  - sont fournis par un psychiatre (ou sous sa surveillance) qui conserve la responsabilité clinique directe du cas»<sup>6</sup>.

- Le ministère subventionne trois unités de soins aux enfants et aux adolescents, à savoir celles des hôpitaux psychiatriques de Whitby, de London et de St. Thomas. Ces subventions proviennent des crédits de fonctionnement directs de l'activité des services à l'enfance du ministère.

## Ministère de la Santé

Tandis que le ministère des Services sociaux et communautaires a la responsabilité de tous les programmes officiels de santé mentale pour enfants, la plupart des enfants (comme la plupart des adultes) atteints d'une maladie psychiatrique sont, croit-on, le plus souvent en contact avec leur leur médecin de famille<sup>7</sup>. C'est ce que laisse penser l'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario, qui a constaté qu'un nombre négligeable des enfants y ayant participé avait eu recours aux services d'une clinique de santé mentale au cours des six mois précédents, tandis que 1,8 pour 100 avaient visité un soignant privé du secteur de la santé mentale et que près de 58 pour 100 d'entre eux avaient consulté un médecin (pour toutes sortes de raisons)<sup>8</sup>. Les enfants qui, selon leurs parents, semblent présenter des troubles psychiatriques, sont encore plus susceptibles d'avoir reçu des soins de leur médecin<sup>9</sup>. Toutefois, la nature de ces visites est telle qu'il est impossible de quantifier en termes absolus et monétaires. Comme on le verra dans le cas du ministère de l'Éducation



reçu des services en établissement tandis que 1,49 pour 100 ont reçu des services en dehors des établissements en 1985-1986; il est impossible de calculer le total en chiffres absolus puisqu'il y a probablement certains chevauchements)<sup>4</sup>.

Ces chiffres soulèvent la question du besoin puisque les enfants dont l'état est quantifiable n'ont pas tous besoin de ces services. Un témoin (WORC) estime qu'un seul enfant par groupe de quatre écoles souffre d'un état que l'on peut qualifier de grave ou qui requiert un traitement immédiat. Toutefois, en réponse aux questions de membres du Comité, les représentants de cet organisme concèdent que leur estimation serait plus élevée dans les agglomérations urbaines ou dans l'ensemble du réseau scolaire (puisque leur estimation initiale ne tient compte que des élèves de la première à la huitième année). En réponse à une autre question, l'AOCSME allègue que les longues listes d'attente découragent certaines personnes d'essayer d'obtenir les services dont elles ont besoin.

## SERVICES EXISTANTS

### Ministère des Services sociaux et communautaires

Le regroupement des responsabilités décrites ci-dessus fut porté encore plus loin en 1985, lors de l'adoption de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille. Cette loi régir presque tous les aspects du système actuel.

À l'heure actuelle, les services de santé mentale pour enfants fournis par le ministère des Services sociaux et communautaires se présentent de la manière suivante :

- Les services d'intervention auprès des enfants et des familles doivent toucher des subventions d'immobilisations de 3 millions de dollars et des crédits de 174 287 000 \$ au cours de l'exercice 1990-1991.
- Ces crédits sont destinés à 180 établissements qui desservent 24 974 personnes (dont seulement 1 374 sont en établissement, le reste recevant des services sur une base externe). Ces établissements sont exploités par des organismes communautaires subventionnés.

## Prévalence des troubles psychiatriques chez les enfants ontariens

La prestation des services à l'enfance s'articule autour de la question du besoin, notion de tous. La première et l'une des plus contestées des questions pertinentes à cet égard porte sur la nature même de la maladie mentale. Les progrès de la sociologie et de l'anthropologie, ainsi que ceux de la psychiatrie et de la psychologie, ont donné naissance à une remise en question profonde et permanente du modèle médical de la maladie mentale. Les critiques prétendent que la plupart, voire la totalité, des comportements définis comme « maladie », et donc susceptibles d'être traités comme une maladie physique, sont en fait une réaction de l'individu à sa situation personnelle ou sociale. Tout en reconnaissant qu'il s'agit là d'une question théorique fondamentale, le Comité considère qu'il n'entre pas dans son mandat d'étudier la pertinence des services de santé mentale offerts aux enfants; il doit plutôt consacrer ses audiences à la question de leur disponibilité.

La prévalence des maladies mentales chez les enfants ontariens a fait l'objet d'une étude détaillée menée en 1983, elle-même suivie d'un complément en 1987, à savoir l'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario. Les conclusions de cette étude sont les suivantes :

- La prévalence d'au moins un trouble psychiatrique (névrose, somatisation, trouble du comportement ou hyperactivité) chez les enfants ontariens âgés de 4 à 16 ans était de 18,1 pour 100.
- La prévalence la moins élevée, à savoir 16,7 pour 100, se retrouve dans la région du Nord du ministère des Services sociaux et communautaires; et la plus élevée, à savoir 19,5 pour 100, se retrouve dans la région du Sud-Ouest du même ministère.
- La prévalence est de 19,6 pour 100 dans les régions urbaines et de 14,9 pour 100 dans les régions rurales et les petites agglomérations<sup>3</sup>.

Il est bon de comparer ces données sur la prévalence des troubles psychiatriques aux chiffres mêmes du ministère, selon lesquels moins de 2 pour 100 des enfants de la province reçoivent des services en établissement ou autres (1,13 pour 100 d'entre eux ont

pouvoir se remettre de leur expérience; une étude récente laisse penser que jusqu'à 60 pour 100 des enfants bénéficiaires de l'aide sociale cherchent à obtenir des services de consultation ou connexes<sup>1</sup>. Quatre-vingt quinze pour cent des malades vivant dans un établissement et traités par un organisme de service qui a témoigné devant le Comité avaient subi une forme quelconque de mauvais traitement (KCFs).

Dans les années 20, le service d'hygiène de Toronto a ouvert une clinique qui offrait des services de consultation psychiatrique aux écoles. Cette mesure marque le début du rapprochement entre l'administration scolaire et le système de santé mentale, ce qui se comprend fort bien puisque l'éducation est un service public auquel tous les enfants ont accès. Toutefois, la province n'a commencé à s'occuper directement des services de santé mentale pour enfants qu'en 1969, lorsque le ministère de la Santé a pris en charge les centres de santé mentale pour enfants (qui n'étaient jusque-là que des établissements privés)<sup>2</sup> et s'est engagé à subventionner entièrement les services qui y étaient fournis.

En 1977, tous les services à l'enfance étaient regroupés au sein du ministère des Services sociaux et communautaires, à l'exception de ceux qui touchaient à des maladies physiques et à l'enseignement. C'est alors que la province a adopté une série de lois autorisant cette refonte et modernisant, par ailleurs, le droit régissant les services à l'enfance. Mentionnons, entre autres, la Loi sur les foyers pour enfants et la Loi sur les services d'hygiène mentale pour enfants, ainsi que les modifications apportées à la loi intitulée Child Welfare Act et à la Loi sur les garderies. Le gouvernement constitua aussi la Division des services à l'enfance, qui prit en charge l'aide à l'enfance et les enfants déficients mentaux (jusque-là responsabilité d'autres divisions du ministère), les centres et hôpitaux de santé mentale pour enfants (jusque-là responsabilité du ministère de la Santé), les centres d'observation pour les jeunes délinquants (jusque-là responsabilité du Procureur général) et les centres de réadaptation pour les jeunes délinquants (jusque-là responsabilité du ministère des Services correctionnels).

## INTRODUCTION

## Article 123 du Règlement

Le Comité a tenu des audiences en vertu de l'article 123 du Règlement de l'Assemblée législative. Cette méthode est nouvelle pour la plupart des comités et impose un certain nombre de restrictions importantes, notamment la condition que le comité ne consacre pas plus de douze heures de séance à la comparution des témoins et à la rédaction d'un rapport. Il est donc difficile de faire réellement le tour d'une question; en particulier, le Comité regrette beaucoup de n'avoir pu recevoir les témoignages de groupes de parents ou de bénéficiaires, qui sont bien entendu d'une importance capitale pour le système. Le Comité souhaite attirer l'attention des lecteurs du présent rapport sur ces restrictions.

## Historique : Les services de santé mentale pour enfants en Ontario

Comme cela est le cas pour de nombreux autres services sociaux en Ontario, la prestation de services de santé mentale pour enfants a évolué au fur et à mesure des besoins et a donné naissance à un système compliqué et fragmenté. Les principales divisions entre les services se fondent sur l'âge des enfants et sur la manière dont ils entrent en contact avec le système, c'est-à-dire à titre de victimes, de contrevenants, ou de malades.

La prestation des services a débuté avec la création des sociétés d'aide à l'enfance. La première de ces sociétés a vu le jour en 1891 à titre d'organisme de bienfaisance privé. Dès 1893, la province adoptait une loi réglementant ces sociétés et forçait les municipalités à participer aux frais d'exploitation des refuges pour enfants. Cette loi visait surtout le problème des enfants négligés et abandonnés que l'on trouve dans les villes, et non les mauvais traitements infligés au foyer. Les sociétés d'aide à l'enfance ont bénéficié de subventions croissantes de la part de la province et ont dû lui rendre davantage de comptes au fur et à mesure de leur multiplication; toutefois, elles sont toujours des organismes indépendants. Il est récemment devenu évident qu'un grand nombre des enfants qui jouissent de la protection de ces sociétés ont besoin de traitements pour

MSSC	L'honorable Zana Akande, ministre des Services sociaux et communautaires	1
Nugent	D' Kevin Nugent, Lakehead Regional Family Centre	7
Offord	D' Dan Offord, Université McMaster	13
OPSBA	Ontario Public School Boards' Association	17
SGBS	South Georgian Bay Child and Youth Services	11
TCFS	Tiknagan Child and Family Services	6
WORC	Western Ontario Regional Special Education Council	4



# LISTE DES TÉMOINS COMPARUS DEVANT LE COMITÉ

Le Comité tient à remercier les témoins qui ont participé à ses audiences. Nous nous sommes servis d'abréviations dans le présent rapport pour identifier les réponses des témoins à nos questions et pour faciliter l'attribution de leurs recommandations. L'annexe 1 contient un sommaire de ces recommandations.

Abréviation	Organisme/Personne	Document n°
AOCSCME	Association ontarienne des centres de santé mentale pour enfants	2
ASAE0	Association des sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario	?
BCC	Beechgrove Children's Centre	3
Bradley	D <sup>r</sup> Susan Bradley, Hospital for Sick Children	9
CAPPC	Canadian Association of Psychoanalytic Psychotherapists for Children	19
CECW	Conseil de l'éducation du comté de Waterloo	16
CJS	Centre Jeanne-Sauvé	10
COIP	Centre ontarien d'information en prévention	8
ECFC	Earls Court Child and Family Centre	18
FBO	Fédération des enseignantes et des enseignants de l'Ontario	15
KCFS	Mark Child and Family Services	5
Maloney	Colin Maloney, directeur général de la Société catholique d'aide à l'enfance de la communauté urbaine de Toronto	
MMHC	Mary Lou Moir, Mary McGill Community Mental Health Centre	12





# TABLE DES MATIÈRES

Page

1	LISTE DES TÉMOINS COMPARUS DEVANT LE COMITÉ
1	INTRODUCTION
1	Article 123 du Règlement
1	Historique : Les services de santé mentale pour enfants
1	en Ontario
3	Prévalence des troubles psychiatriques chez les enfants ontariens
4	SERVICES EXISTANTS
4	Ministère des Services sociaux et communautaires
4	Ministère de la Santé
5	Ministère de l'Éducation
6	Ministère des Services correctionnels
7	PROBLÈMES ET QUESTIONS
8	Listes d'attente
8	Fragmentation des services
9	Prestation des services dans les régions rurales
10	et dans le Nord
10	Rareté de l'information
11	RECOMMANDATIONS
11	Préambule et principes
11	Accessibilité et coordination des services
11	Financement
12	Recherche, évaluation et formation
13	Les autochtones
13	Langue et culture
14	RENVOIS
	ANNEXE 1
	Recommandations des témoins
	ANNEXE 2
	Rapports pertinents
	Les enfants d'abord
	Investir dans l'enfance
	Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur
	Transitions



COMPOSITION DU

COMITÉ PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES

ELINOR CAPLAN\*  
présidente

JOSEPH CORDIANO  
vice-président

CHARLES BEER	ANTHONY MARTIN
CHRISTEL HAECK	GARY MALKOWSKI
RANDY R. HOPE	JIM WILSON*** (Simcoe-Ouest)
STEPHEN OWENS	ANTONIO V.G. SILIPO**
LYN MCLEOD	ELIZABETH WITMER

REPLAÇANTS:  
\* FRANK MICLASH  
\*\* DRUMMOND WHITE  
\*\*\* CAM JACKSON

Lynn Mellor  
greffier du comité

Alison Drummond  
agente de recherche





L'honorable David Warner, député  
Président de l'Assemblée législative

Monsieur,

Le Comité permanent des affaires sociales a l'honneur de vous présenter son rapport sur les services de santé mentale pour enfants en Ontario et le recommande à l'attention de l'Assemblée.

La présidente,

*Elinor Caplan*  
Elinor Caplan, députée

Queen's Park  
Mars 1991







1<sup>re</sup> Session de la 35<sup>e</sup> Législature  
40<sup>e</sup> année du règne d'Elizabeth II

Les services de santé mentale pour  
enfants en Ontario

Comité permanent  
des affaires sociales



Ontario